

2 Einführung in das Klinische Prozessmanagement

von *Michael Greiling*

2.1 Problemstellung

Prozessorientierung und Prozessmanagement sind in den letzten Jahren immer wieder Schlagworte gewesen, die mittlerweile auch im Krankenhausbereich Einzug gehalten haben und verstärkt diskutiert werden.¹ Aufgrund vielfältiger Veränderungen der politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen, der zunehmenden Verschärfung der Wettbewerbssituation und der wandelnden Patientenanforderungen sind die Herausforderungen an das Krankenhausmanagement permanent gestiegen.² Eine Verwaltung des Unternehmens „Krankenhaus“ reicht schon lange nicht mehr aus. Moderne Management- und Organisationstechniken sowie betriebswirtschaftliche Methoden, die bislang nur in der Industrie eingesetzt worden sind, finden immer häufiger im Krankenhaus Anwendung. Das Ziel ist eine gleichbleibend hohe medizinische und pflegerische Qualität, die zeit- und kosteneffizient erbracht werden kann.³

Vor allem die Einführung des neuen Vergütungssystems der „Diagnosis Related Groups (DRG)“ setzt die Krankenhausführung zunehmend unter Druck. Die bisherigen Finanzierungsstrukturen im Krankenhaus, das Selbstkostendeckungsprinzip bis hin zu der Pflegesatzfinanzierung, lieferten keine Anreize für ein ökonomisches Denken. Ein nicht koordinierter Ablauf, der zu einer erhöhten Verweildauer führte, wurde sogar durch Mehreinnahmen in Form von zusätzlich abrechenbaren, tagesbezogenen Pflegesätzen honoriert. Durch das neue DRG-Finanzierungssystem werden nun Anreize gesetzt, sich mit der Produktivität, also dem Verhältnis zwischen Leistung und Kosten, auseinander zu setzen. Durch die Zahlung einer Fallpauschale pro Patient, die unabhängig von den Ist-Kosten und der Verweildauer des

1 Vgl. Kothe-Zimmermann, 6/2001, S. 484ff.; Reichert, 11/2000, S. 903ff.; Graf, 6/1999, S. 516ff.; Rathje, 3/1999, S. 152ff.; Ament-Rambow, 11/1998, S. 511ff.; Müller, 2/1998, S. 110ff.

2 Vgl. Ziegenbein, 2001, S. 1ff. und die dort aufgeführte Literatur.

3 Vgl. Schmidt-Rettig, 1999, S. 207f.; Neugebauer, 1997, S. V; Braun, 1999, S. 4ff.

2 Einführung in das Klinische Prozessmanagement

einzelnen Krankenhauses ist, führen organisatorische Fehler zu längeren Verweildauern, deren Kosten u. U. nicht gedeckt werden.⁴

Aktuell wird versucht, mit Kostensenkungsprogrammen, die gut quantifizierbaren und leicht zu ermittelnden Sachkosten zu reduzieren. Ein höheres Einsparpotenzial verbirgt sich in der Optimierung der Ablauforganisation, die zum größten Teil aus Kosten des Personals besteht. Hierbei stellt sich das Problem, dass die ablauf- und prozessbezogenen Kosten oft nicht bekannt und bislang nur unzureichend transparent und quantifizierbar gemacht worden sind.⁵ Die Bewertung einer fehlenden Koordination, Kommunikation und berufsgruppenübergreifenden und interdisziplinären Abstimmung innerhalb der Prozesse sind noch nicht ausreichend vorgenommen worden. Die mangelnde Möglichkeit, die Erlöse durch Erhöhung der Belegungstage zu steigern, führte schon seit der Deckelung des Krankenhausbudgets im Jahre 1993 zum Rückgang der Verweildauer. Die damit verbundene höhere Leistungsdichte in den Funktionsbereichen und auf den Stationen erfordert eine bessere Auslastung der vorhandenen personellen, technischen und räumlichen Ressourcen.⁶

Es wird nach Lösungsansätzen gesucht, die eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Leistungserstellung im Krankenhausbereich ermöglichen und dabei den Konflikt zwischen den konfliktierenden Zielen der Ökonomen und Mediziner entschärfen. In diesem Zusammenhang wird verstärkt über Prozessorientierung und Prozessmanagement nachgedacht. Durch die Fokussierung auf die Leistungsprozesse sollen Schnittstellen reduziert, nicht-wertschöpfende Tätigkeiten sowie Doppelarbeiten eliminiert, Bereichsegoismen abgebaut und vorhandene, aber versteckte Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden, um die gegenwärtigen und zukünftigen Herausforderungen bewältigen zu können.

Durch die Optimierung des pflegerischen und medizinischen Workflows kann eine Senkung der Fallkosten bei gleichzeitiger Verbesserung der Prozessqualität erreicht werden. Im Zentrum hierbei steht eine verbesserte Ablaufplanung, die nicht nur den Patientendurchlauf im Krankenhaus mit entsprechenden Termin- und Kapazitätsplanungen beinhaltet, sondern auch die notwendige Art und Anzahl einzelner Diagnose- und Therapieleistungen umfasst.⁷

4 Vgl. Mühlbauer/Rottländer/Buschner, 2002, S. 35ff.

5 Vgl. Ament-Rambow, 11/1998, S. 511ff.

6 Vgl. Pfaffenbergs, 1999, S. 602ff.

7 Vgl. Bauer, 5/2002, S. 454f.

2.2 Grundlagen und Ziele des Klinischen Prozessmanagements

2.2 Grundlagen und Ziele des Klinischen Prozessmanagements

Das grundsätzliche Ziel der Auseinandersetzung mit der Vorgehensweise eines Klinischen Prozessmanagements liegt in der Prozessoptimierung. Unter dem Begriff des Optimums wird im Allgemeinen der „höchste erreichbare Wert“ (Duden, 2000, S. 710) verstanden. Für die Optimierung der Abläufe und somit für die Prozesse bedeutet der Begriff der Optimierung die Bestgestaltung betrieblicher Abläufe unter gegebenen Bedingungen. Hierbei wird die Bestgestaltung als Entscheidung für die Verwirklichung derjenigen Handlungsalternative definiert, die aufgrund der Unternehmensziele den anderen Alternativen vorgezogen und den vorherrschenden Bedingungen gerecht wird. Prozessoptimierung im Krankenhaus kann als „eine Erarbeitung von Ablaufalternativen und deren Bewertung und Auswahl im Hinblick auf Verbesserungen anhand eines für die Krankenhauspraxis relevanten Ziele im Rahmen der Realisierbarkeitsbedingungen“ verstanden werden.⁸

Um Prozesse zu optimieren, werden drei Zielgrößen, auch als magisches Dreieck bezeichnet, genannt. Dies sind die Parameter Zeit, Kosten und Qualität. Ziel einer Prozessoptimierung ist ein Gesamtoptimum aus den drei Zielgrößen zu erreichen. Hierbei besteht die Schwierigkeit der konkurrierenden Zielgrößen. Der Versuch, ein Ziel zu maximieren, kann mit einer deutlichen Verschlechterung der beiden anderen Ziele einhergehen.⁹ Folgender Zusammenhang stellt dies beispielhaft dar. Ein hoher Qualitätsstandard führt zu hohen Produktions- bzw. Dienstleistungskosten und eine sorgfältige Entwicklung führt zu einer hohen zeitlichen Beanspruchung. Auf der anderen Seite minimieren sich bei einer hohen Qualität die Fehler(behebungskosten), woraus insgesamt eine Kosteneinsparung resultieren kann. Aus diesem Grund besteht der zuerst vermutete Zielkonflikt zwischen Zeit, Kosten und Qualität nicht in jedem Fall. Werden Qualitätsverbesserungen und Durchlaufzeitreduzierungen nicht durch zusätzlichen Aufwand, sondern durch Optimierungsansätze der Prozessgestaltung erreicht, ist die Zielkonkurrenz nicht vorhanden.¹⁰ Für die Prozessoptimierung müssen die Beziehungen der Zielgrößen und deren Möglichkeiten zur Beeinflussung erkannt werden, um Qualitätssteigerungen bei gleichzeitigen Kosten einsparungen und Zeitgewinnen realisieren zu können.¹¹

⁸ Vgl. „Untersuchungen zur Verbesserung der Betriebsabläufe im Krankenhaus“, 1980, S. 1ff.

⁹ Vgl. Eversheim, 1995, S. 27.

¹⁰ Vgl. Gaitanides, 1988, S. 106.

¹¹ Vgl. Scholz, 1995, S. 21.

2 Einführung in das Klinische Prozessmanagement

Teilweise wird noch eine vierte Dimension genannt, die Innovationsfähigkeit der Unternehmen.¹² Hierbei wird davon ausgegangen, dass Innovation durch die Interaktion zwischen den Kunden und den verschiedenen Unternehmensbereichen entstehen.¹³ Vergleichbares sieht DECKERT¹⁴ für den Aufbau eines optimalen Geschäftsprozesses. Hier müssen Kundenbedürfnisse antizipiert werden, denn wer sich am besten auf die Anforderungen der internen sowie externen Kunden einstellen kann, gewinnt Wettbewerbsvorteile.

Auch GAITANIDES hält die Ausrichtung der Prozesse an den Kundenwünschen für eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg des Unternehmens. In seinem Konzept „Prozessmanagement“ werden die drei Prozessparameter Zeit, Kosten und Qualität um den Ergebnisparameter Kundenzufriedenheit ergänzt. Als allgemeine Ziele einer Prozessoptimierung, unabhängig vom Krankenhausbereich, können genannt werden:¹⁵

- Verringerung der Durchlaufzeiten
- Erhöhung der Anpassungsfähigkeit der Prozessstruktur an exogene Datenänderungen
- Höherqualifikation und Erweiterung des Verantwortungsbereiches des eingesetzten Personals
- Erhöhung der Bearbeitungskapazitäten
- Anpassung der Leistungsintensität eines organisatorischen Teilbereiches an die des organisatorischen Umfeldes
- Verringerungen von Störungen, Verzögerungen oder Unterbrechungen innerhalb des Arbeitsablaufes

In der Gesundheitsversorgung führen Änderungen der demografischen, medizinischen und gesetzlichen Parameter zu der Notwendigkeit, Leistungsprozesse flexibel gestalten zu können. Der zunehmende Wettbewerb unter den Krankenhäusern und die Einführung der DRG verstärken diese Entwicklung noch. Um auf Veränderungen frühzeitig reagieren zu können, muss das Leistungsspektrum, die Ablaufgestaltung und der Personaleinsatz regelmäßig analysiert und weiterentwickelt werden. Die ursächlichen Prozesse als Werttreiber für die Parameter Zeit, Kosten, Qualität, Kundenzufriedenheit und Innovationsfähigkeit müssen in der Zukunft von den Krankenhäusern beherrscht werden. Ziel ist eine umfassende Prozessoptimierung in medizinischer und wirtschaftlicher Hinsicht. Vordergründig sind hier die Optimierung der Schnittstellen, also die Vernetzung von Teilprozessen (z. B. die Zusammenarbeit mit den Funktionsbereichen) und die Organisation des Patientendurchlaufes zu sehen. Auch die OP-Ablauforganisation, die Ver-

12 Vgl. Servatius, 1994, S. 20 und S. 34 .

13 Vgl. Greiling, 1998, S. 90ff.

14 Vgl. Deckert, 1997, S. 17.

15 Vgl. Gaitanides, 1983, S. 71.

2.3 Umsetzung des Klinischen Prozessmanagements

bindung zu externen Leistungsanbietern und die ambulante Behandlung von Patienten sind einzubeziehen.¹⁶

Im Einzelnen ist eine umfassende Prozessoptimierung im Krankenhaus an folgenden Kriterien auszurichten:¹⁷

- Eliminierung von unnötigen Tätigkeiten (z. B. mehrmaliges Heraussuchen von Vorbefunden im Archiv pro Tag)
- Reduktion von Schnittstellen (z. B. Neuaufnahmen nur über eine zentrale Aufnahmeabteilung)
- Abstimmung von Kundenbedarf/Lieferantenoutput (z. B. Abstimmung von Terminen mit den Bedürfnissen der Station/Ambulanz)
- Reduktion von Engpässen (z. B. Ausweitung der Routineuntersuchungen auf den Nachmittag)
- Parallelisierung von Aktivitäten/Tätigkeiten
- Beschleunigung von Durchlaufzeiten (keine Wartezeiten für Patienten, keine Leerzeiten für die Mitarbeiter)
- Beseitigung von Kommunikations-, Informations- und Abstimmungsdefiziten

2.3 Umsetzung des Klinischen Prozessmanagements

Klinische Pfade bilden im Rahmen des Prozessmanagements eine geeignete Bezugsgrundlage zur Umsetzung. Mit Hilfe ihrer Betrachtung erhält man eine effektive Möglichkeit, die gesamten Anforderungen von Kosten, Qualität und Zeit zu berücksichtigen. Klinische Pfade sind ein Qualitätsmanagement-Werkzeug mit dem Ziel einer ganzheitlichen Behandlungsqualität unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Elemente Zeit- und Kosteneffizienz. Wesentliche, entscheidende ärztliche und pflegerische Maßnahmen werden indikationsbezogen (Disease Management) und gegebenenfalls fallbezogen (Case Management) in einem Behandlungsprozess eines definierten Krankheitsbildes beschrieben und gemessen. Somit ist der Klinische Pfad ein gemeinsames Dokument für den ärztlichen Dienst, die Pflege und das Qualitätsmanagement/Controlling.

Die Ziele von Klinischen Pfaden sind:

- Steigerung der Behandlungsqualität (Qualitätsmanagement),

16 Vgl. Conrad, 1999, S. 572.

17 Vgl. Greulich/Thiele, 1999, S. 594.

2 Einführung in das Klinische Prozessmanagement

- Standardisierung auf hohem Niveau (Qualitätssicherung) auf allen Stufen der Behandlung für definierte, homogene Patientengruppen,
- Optimierung des Behandlungsablaufs (Organisation/Schnittstellen, Verweildauer) und
- Steuerung der Kosten und Kostenoptimierung (Prozesskostenrechnung).

Zusätzlich werden weitere Faktoren im Krankenhaus gefördert:

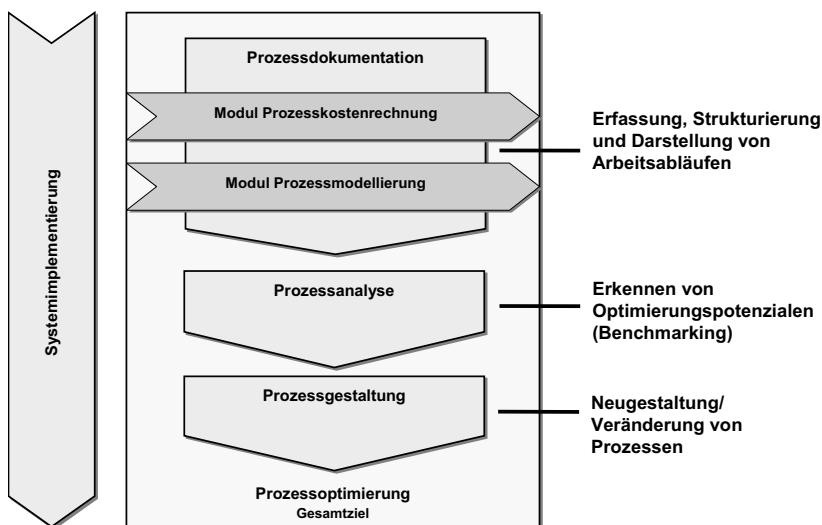
- Teamarbeit (berufsgruppenübergreifend, interdisziplinär „therapeutisches Team“)
- Integrierte Versorgung (aller Disziplinen, Berufsgruppen)
- Führung, Ausbildung, Wissenstransfer
- Dokumentationsverbesserung
- Risikomanagement
- Wettbewerb und Marketing
- Benchmarking (Monitoring/Reporting-Instrument)

Daraus ergibt sich die Forderung, dass mit Hilfe des Werkzeugs „Klinische Pfade“

- eine interdisziplinäre, berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Gestaltung der strategisch wichtigsten Kernkompetenzen (Krankheitsbilder) des Krankenhauses zu gewährleisten ist,
- für die erfolgskritischsten Kernkompetenzen Zeiten, Kosten und Ergebnisqualitäten zu hinterlegen sind,
- Kenngrößen generiert und Sollgrößen überprüft werden sollten (Evaluation),
- auch Pfadalternativen verglichen werden könnten (Co-Pfad-Monitoring, Benchmarking),
- unerfahrene und neue Mitarbeiter/innen sowie Mitarbeiter in Vertretung in ihrer täglichen Arbeit unterstützt werden müssen,
- Grundlagen eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements mit den Anforderungen bezüglich Konzeption, Umsetzung, Überprüfung und Verbesserung gewährleistet sein müssen und
- eine ganzheitliche Steuerung der Arbeitsabläufe in einem Krankenhaus zugelassen wird.

Für die Umsetzung von „Klinischen Pfaden“ empfiehlt sich ein ganzheitliches Prozessmanagement im Krankenhaus. Zu dieser Konzeption gehören die Module, wie in Abbildung 1 zu sehen.

2.3 Umsetzung des Klinischen Prozessmanagements

**Abb. 1:** Klinisches Prozessmanagement**Prozesskostenrechnung**

Die Prozesskostenrechnung stellt die Grundlage der Patientenbehandlungspfade dar. Ziel dieses Moduls ist es, Teil- und Hauptprozesse sowie Kosten-Einflussgrößen im Krankenhaus zu ermitteln und diese mit Zeiten und Beträgen zu hinterlegen. Zuvor muß das Krankenhaus eine Identifizierung und Auswahl von Kernkompetenzen vornehmen. Auf Basis dessen werden die Bearbeitungszeiten der identifizierten Teilprozesse im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen erhoben. Ergänzt wird die softwaregestützte Auswertung durch Daten des Controllings sowie der Buchhaltung. Ergebnis ist eine prozessorientierte Kalkulation der Behandlungsabläufe als Basis für die Prozessanalyse, -gestaltung und -optimierung.

Prozessmodellierung

Die softwaregestützte, verständliche Prozessmodellierung dient zur bildlichen Illustration von Prozessen mit Hilfe von grafischen Symbolen und sprachlichen Modellelementen, um Abläufe und Zusammenhänge transparent zu machen. Dies fördert eine prozessorientierte Sichtweise und dient gleichzeitig als Diskussionsgrundlage sowie Simulations- und Entscheidungswerkzeug.